

別記第27号様式 (第15条関係)

介護保険負担限度額認定申請書

〇〇年〇〇月〇〇日

(申請先) 施設を利用する方の情報を記入してください

次のとおり関係書類を添えて、食費・居住費(滞在費)に係る負担限度額認定を申請します。

フリガナ	ワッカナイ タロウ	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6		
被保険者氏名	稚内 太郎	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	性別	男・女											
住所	稚内市□□〇丁目〇〇番〇〇号 特別養護老人ホーム〇〇園 電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇													
介護保険施設等の所在地及び名称(※)	稚内市□□〇丁目〇〇番〇〇号 特別養護老人ホーム〇〇園 電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇													
施設入所年月日(※)	〇〇年〇〇月〇〇日	(※)介護保険施設等に入所していない場合及びショートステイを利用している場合は、記入不要です。												

配偶者の有無	有・無	左記において「無」の場合は、以下を記入してください。													
配偶者に関する事項	フリガナ	ワッカナイ ハナコ	配偶者の方(いる場合)の情報を記入してください												
	氏名	稚内 花子													
	生年月日	〇〇年〇〇月〇〇日	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1
	住所	稚内市△△〇丁目〇〇番〇〇号 電話 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇													
	本年1月1日現在の住所(現住所と異なる場合)														
課税状況	市町村民税 課税・非課税														

収入等に関する申告	<input type="checkbox"/>	① 生活保護受給者/市民税世帯非課税である老齢福祉年金受給者											
	<input type="checkbox"/>	② 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金※・障害年金】収入額の合計額が年額80万円以下です。(受給している年金に〇をしてください。以下同じ。) ※寡婦年金、かん夫年金、母子年金、準母子年金、遺児年金を含みます。以下同じ。											受給している全ての年金の保険者に〇をしてください
	<input type="checkbox"/>	③-1 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額80万円を超え、120万円以下です。											日本年金機構 地方公務員共済 国家公務員共済 私学共済
<input checked="" type="checkbox"/>	③-2 市民税世帯非課税者であって、課税年金収入額と合計所得金額と【遺族年金・障害年金】収入額の合計額が年額120万円を超えます。												
預貯金等に関する申告	<input checked="" type="checkbox"/>	預貯金、有価証券等の金額の合計が①の方(550万円)以下、②の方(550万円)以下、③-1の方(1550万円)以下、被保険者(40歳以上64歳以下)の場合、①、②、③											
※預貯金、有価証券にかかる通帳等の写しは別添のとおり		預貯金額	有価証券(評価額)										
		3,000,000円											

収入・預貯金等の情報を記入してください(配偶者の方がいる場合は2人分の合計)預金通帳の写し等を提出してください(預金通帳の写しは口座番号の書かれている部分及び最終の記帳がされた部分)※定期預金も含まれます。

※内容を記入してください。

※申請者が被保険者本人の場合は、記載不要です。

申請者氏名		本人との関係	
申請者住所		電話	

注意事項

- この申請書における「配偶者」には、同居の親族等を含みます。
- 預貯金等については、同じ種類のものを複数提出してください。
- 書き切れない場合は、余白に記入してください。
- 虚偽の申告により不正に特定入所者介護サービス費等の支給を受けた場合には、介護保険法第22条第1項の規定に基づき、支給された額及び最大2倍の加算金を返還していただくことがあります。

申請者(記入者)の情報を記入してください。

(裏面記載欄あり)

記入例

(裏面)

負担限度額認定決定通知書及び認定証書の送付先

- 本人宛
 申請者宛
 入所施設宛
 その他

※その他を選択した場合、下記に送付先氏名、住所、本人との関係、電話番号を記入ください。

送付先氏名		本人との関係	
送付先住所		電話	

「決定通知書」及び「認定証」の送付先を選択(☑)、または記入してください。

負担限度額更新案内通知送付先

- 本人宛
 申請者宛
 入所施設宛
 その他

※その他を選択した場合、下記に送付先氏名、住所、本人との関係、電話番号を記入ください。

送付先氏名		本人との関係	
送付先住所		電話	

更新案内先を選択、または記入してください。
 ※本制度の有効期間が毎年8/1～翌年7/31となります。毎年7月初旬頃に認定者へ当課より更新案内を送付いたします。

【事務処理欄】

生活保護受給	有・無	高齢福祉年金	有・無	境界層該当	有・無
市民税課税状況(本人)	課・非	市民税課税状況(世帯)	課・非	市民税課税状況(配偶者)	課・非
課税年金収入等	円	預貯金等	超・以下	負担段階	①・②・③-1・ ③-2・④
交付年月日	年 月 日	有効期間	年 月 日	～	年 月 日

「事務処理欄」のため、記入不要です

同意書

稚内市長 殿

介護保険負担限度額認定のために必要があるときは、官公署、年金保険者又は銀行、信託会社その他の関係機関（以下「銀行等」という。）に私及び私の配偶者（内縁関係の者を含む。以下同じ。）の課税状況及び保有する預貯金並びに有価証券等の残高について、報告を求めることに同意します。

また、貴市長の報告要求に対し、銀行等が報告することについて、私及び私の配偶者が同意している旨を銀行等に伝えて構いません。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

本人の情報を記入してください

<本人>

住 所 稚内市□□〇丁目〇〇番〇〇号

特別養護老人ホーム〇〇園

氏 名 稚 内 太 郎

印

<配偶者>

住 所 稚内市△△〇丁目〇〇番〇〇号

氏 名 稚 内 花 子

印

配偶者の方（いる場合）の情報を記入してください